

年 月 日

常 総 市 長 殿

住 所  
氏 名

印

### 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取り下げ書

年 月 日付けで申請いたしました介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書を下記の理由により取り下げいたします。

1. 取り下げ理由

2. 申請者

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_